FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 décembre 1903, à 1 heure

PAR

Eugène-Henri RENOU

DU

Panaris sous-unguéal et péri-unguéal

Et de son traitement par l'arrachement de l'ongle

Président : M. BERGER, *professeur.*
Juges : MM. LE DENTU, *professeur.*
SCHWARTZ et AUVRAY, *agrégés,*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR BERGER

Témoignage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

MM. LES PROFESSEURS

LE GLUDIC

MONPROFIT

THIBAULT

MAREAU

JAGOT

MARTIN

BOCQUEL

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
BONNAIRE

Accoucheur des Hôpitaux. Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous devons pour cette thèse des remerciements particuliers à M. le professeur agrégé Marion qui nous en donna le sujet et nous aida de ses conseils.

DU

Panaris sous-unguéal et péri-unguéal

et de son traitement par l'arrachement de l'ongle

INTRODUCTION

Comme le fait remarquer très justement M. Mauclaire au début de son article du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, le mot « panaris » est un terme fort vague.

Comprenant pour les uns toutes les suppurations des doigts, même les ostéites, il est limité pour d'autres, aux inflammations des parties molles.

Tout le monde, en revanche, s'entend sur le sens à donner aux termes : « panaris sous et péri-unguéal ». C'est l'infection localisée aux parties molles, superficielles, sous-jacentes à l'ongle ou situées à son voisinage immédiat.

Tout le monde, aussi, s'entend pour accorder à

cette variété une classe et une importance à part au milieu des autres sortes de panaris superficiels.

« Cette variété, écrivait Bauchet, en 1859, est assez fréquemment le point de départ du panaris sous-cutané ou bien d'inflammations lymphatiques ou ganglionnaires. Elle a surtout pour caractère presque constant de produire de la fièvre, des douleurs aiguës, de l'insomnie et quelquefois du délire ».

Et Nélaton : « Le panaris unguéal ne diffère de la tourniole ordinaire que par son siège et, par conséquent, par les accidents que provoquent la maladie de la matrice de l'ongle ou des téguments qu'il recouvre ».

Dolbeau enfin, s'exprime ainsi :

« Le panaris superficiel guérit vite en général, et n'a aucune gravité sauf le cas où il se produit et se localise avec une certaine intensité autour de l'ongle. Là, en effet, l'inflammation gagne la matrice, s'étend au derme sous-unguéal, s'y cantonne et y est le plus souvent très rebelle. C'est cette variété qu'on appelle tourniole ».

Si nous voulions remonter plus loin dans l'histoire médicale, les mots mêmes qui, chez les anciens, servaient à désigner le panaris, nous seraient une preuve de l'intérêt particulier, qu'on attachait alors à cette variété. Les Grecs, en effet, appelaient le panaris : παρονυχια (auprès de l'ongle) et les Latins le désignaient sous celui de *pandalitium*, petit ulcère autour de l'ongle, terme qu'ils étendaient volontiers à toutes les variétés de panaris.

Cette notion de l'intérêt particulier qui s'attache à l'étude du panaris sous-unguéal n'a, aujourd'hui, rien perdu de sa force. Ayant eu l'heureuse fortune de suivre pendant plusieurs mois, les consultations faites à l'Hôtel-Dieu, par M. le Dr Marion, nous avons eu l'occasion de voir, et de traiter nous-même, un bon nombre de panaris sous et péri-unguéaux. Nous avons été frappé du bénéfice que retire le malade du traitement par l'arrachement de l'ongle. L'idée nous est venue de traiter ce sujet dans notre thèse inaugurale. Les conseils bienveillants de M. Marion, que nous sommes heureux de remercier ici, nous y ont décidé.

Nous diviserons ainsi notre travail :

Après un chapitre sur l'étiologie et la pathogénie de l'affection, nous en retracerons le tableau clinique. Nous terminerons par l'exposé du traitement que viendront corroborer des observations, la plupart personnelles et prises dans le service de M. Marion.

ETIOLOGIE

Si l'on cherche, dans les ouvrages traitant de la question les causes auxquelles les auteurs ont attribué le développement du panaris, on trouve à côté d'opinions sensées, exprimées les idées les plus bizarres et souvent les plus inattendues.

Pour les uns, les causes locales ne sont rien, la vraie raison du développement du panaris est un trouble de l'organisme tout entier.

Il eût été étonnant que la théorie humorale n'eût pas été appliquée au panaris et Dionis au XVII[e] siècle, considère cette affection comme produite par « une humeur âcre, brûlante, corrosive, qui, rongeant le périoste, les extrémités des filets nerveux, la chair, y fait une eschare pour donner issue aux liquides malfaisants de l'économie ».

Plus précise est l'opinion de Bayard (de Lyon) et de Larochette qui voient dans un mauvais état des voies digestives la cause de tout le mal et Larochette « eut la satisfaction de guérir par des applications de sangsues à l'épigastre une jeune fille qui en était à son troisième panaris ».

Prat, en 1870, y voit une manifestation des diathèses scrofuleuse et dartreuse.

Pourieux en 1874, le décrit comme une manifestation de la tuberculose au même titre que les fistules à l'anus et les écoulements d'oreille, manifestation d'ailleurs précoce, et survenant fréquemment avant qu'on puisse même soupçonner l'existence d'une tuberculose viscérale.

Les auteurs que nous venons de citer ne précisent pas la variété de panaris dont ils parlent. Le dictionnaire de Boyer croit que ces causes générales s'appliquent surtout au panaris sous-unguéal. « L'inflammation de la peau dans l'endroit où elle s'unit à la racine de l'ongle, peut dépendre d'une cause externe, mais, le plus souvent elle est produite par une cause interne, aussi n'est-il pas rare de la voir attaquer successivement ou simultanément tous les doigts de la main ».

Pour d'autres, le panaris est dû à des causes purement locales. Nous citerons seulement, l'opinion de Paracelse qui croyait cette affection due à l'introduction d'un ver sous la peau. Pour Serey (thèse de Paris, 1873), le panaris serait dû constamment à l'introduction dans le doigt d'un corps étranger souvent très petit, la plupart du temps des poussières métalliques. Il décrit avec complaisance, les formes effrayantes de ces poussières, « figurant des scies droites ou circulaires, des harpons, des flèches ». Il s'étend sur les « agissements de ces tortureurs qui semblent presque être intelligents, qui emploient toutes les ruses, et, comme le tigre lèche sa victime avant de la dévorer, se mettent d'abord en contact très léger

avec les papilles, causant un prurit presque agréable, et préparant ainsi insidieusement la voie aux accidents les plus graves ».

On a fait à l'heure actuelle, bonne justice de ces théories, n'en conservant que la part de vérité.

Le panaris, et particulièrement la variété sous-unguéale, peut se développer à tout âge, M. Brindeau a décrit la tourniole des nouveau-nés, et les veillards ne sont pas non plus indemnes. On peut dire pourtant que c'est une affection de l'adolescence et de l'âge adulte.

La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il est plus fréquent chez l'homme.

Des causes générales peuvent contribuer à son développement, mais ce qui importe avant tout, ce sont les causes locales, traumatismes légers ouvrant la porte à l'infection.

Ces traumastismes ne seront nulle part plus fréquents qu'à la région péri-unguéale. On se pique en effet plus facilement à l'extrémité des doigts qu'à leur base puisque c'est la partie du doigt qui est le plus mobile, celle aussi au niveau de laquelle le toucher donne les renseignements les plus précis, celle par conséquent, que nous exposons le plus souvent aux traumatismes. De plus, autour de l'ongle, l'épiderme se soulève fréquemment par petits lambeaux qu'on nomme communément des envies. Ces lambeaux, beaucoup de sujets, surtout les individus nerveux ont une grande tendance à les arracher, déterminant ainsi une petite plaie. Ajoutons à cela que le sillon

péri-unguéal est un endroit où les corps étrangers s'accumulent volontiers surtout chez les gens qui par habitudes de mauvaise hygiène ou par nécessité de métier ont habituellement les mains sales.

Ces causes locales nous expliquent pourquoi le panaris sous-unguéal est plus fréquent dans la classe ouvrière que dans la classe aisée, pourquoi les métiers qui exposent aux piqûres, aux coupures, des doigts y prédisposent. On le voit souvent, se développer chez les lingères, les blanchisseuses, les ouvriers métallurgistes ; les pêcheurs, qui se piquent aux hameçons et se servent de produits plus ou moins putréfiés pour amorcer, ont souvent des panaris. Cela est si vrai qu'on a décrit dans les pêcheries de Terre-Neuve un panaris épidémique.

C'est pour ces mêmes raisons, que le panaris se développe de préférence chez l'homme et à l'époque où il est le plus actif, dans l'adolescence et l'âge adulte ;

Chez les médecins une piqûre anatomique peut déterminer un abcès sous ou péri-unguéal. D'après MM. Robin et Farabeuf, l'infection sera moins à craindre, lorsqu'on se piquera en faisant l'autopsie d'un cadavre en état de décomposition avancée. Les cadavres utilisés dans les pavillons de dissections, présentent relativement peu de dangers. Il n'en est pas de même de ceux, moins soigneusement préparés utilisés dans les exercices de médecine opératoire, ni surtout des sujets morts de maladies particulièrement virulentes et dont on fait l'autopsie.

D'ailleurs, le développement d'une tourniole à la

suite d'une piqûre anatomique indique une réaction locale intense, et est d'un pronostic presque toujours bénin. Les cas vraiment graves et souvent mortels sont ceux, où sans aucune réaction locale, se montrent les signes d'une infection générale d'emblée.

En dehors des piqûres anatomiques, c'est le plus souvent une écorchure légère qu'on observe avant le développement du panaris. On a attribué aux écorchures très superficielles, mais dénudant le derme sur une assez grande étendue, un danger plus considérable, parceque ces plaies ouvrent plus largement à l'infection les vaisseaux lymphatiques.

Dans certains cas, un corps étranger reste dans la plaie c'est un fragment d'aiguille introduit sous l'ongle et qui s'y est brisé, une écharde de bois, une arête de poisson.

Une contusion sans plaie peut déterminer un panaris ; un coup de marteau sur l'ongle par exemple, peut amener la formation de ce petit hématome connu sous le nom de « pinçon ». Le sang épanché peut se résorber : il peut aussi, secondairement s'infecter et donner lieu à un panaris sous-unguéal.

Nous avons insisté sur ces causes locales de panaris sous et péri-unguéal. Il est des cas, où l'état général du malade n'est pas négligeable cependant. Il en est de ces panaris comme de toute infection; ils se développent plus volontiers chez des sujets que le surmenage a mis en état de moindre résistance. La syphilis peut avoir une localisation péri-unguéale : c'est l'onyxis ulcéreux qui n'est pas à proprement parler un panaris.

C'est une lésion spécifique, justiciable du traitement mercuriel et qui ne rentre pas dans le cadre de cette étude.

Mais chez les tuberculeux, on voit se développer de véritables panaris sous-unguéaux, M. Routier signalait déjà en 1880 des panaris sous-unguéaux à marche torpide, ayant à la fois peu de tendance à la guérison, et aussi peu de tendance à déterminer des lésions graves du doigt, de la main et de l'avant-bras, et qu'il observait chez de jeunes enfants atteints d'une tuberculose quelconque, pulmonaire, osseuse, ganglionnaire. Bouis en 1882 ; rapporte dans sa thèse de nouvelles observations du même genre. Dans la pathogénie de ces lésions, il semble qu'on puisse faire intervenir les troubles trophiques de l'extrémité du doigt si fréquents chez les tuberculeux ; il paraît évident qu'un doigt présentant les caractères du doigt hippocratique et dans lequel la circulation se fait mal est tout indiqué pour le développement d'une infection.

Des pages qui précèdent il ne faudrait pas conclure que le panaris sous-unguéal succède constamment à des causes bien précises. Il est au contraire, connu de tous que cette lésion survient souvent insidieusement sans qu'on puisse l'attribuer à un traumatisme net, et chez des sujets parfaitement robustes. Dans ces cas, très fréquents, nous le répétons, le panaris sous-unguéal est vraiment, suivant l'heureuse expression de Garengeot « un mal d'aventure ».

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans le chapitre précédent, nous avons souvent prononcé le mot « infection ». C'est, en effet, aujourd'hui dire une banalité que d'attribuer le panaris sous-unguéal, à la pullulation de microbes. C'est habituellement le staphylocoque doré ou blanc qu'on trouve dans ces panaris. Le streptocoque y est plus rare. Parfois, ces microbes banals de la suppuration cèdent la place, ou sont associés à des espèces qui ont habituellement d'autres localisations. Le gonocoque y a été retrouvé. Nous rapportons dans cette thèse deux observations où le bacille diphtérique était en jeu. Dans l'une (Obs. XXIII), il s'agit d'un garçon de 16 ans, qui présentait dans la gorge des bacilles de Lœffler très virulents, sans angine, et qui avait l'habitude de se ronger les ongles. Le Lœffler était associé au streptocoque et au staphylocoque. Dans l'autre (Obs. XXII), il s'agit d'un interne de Lyon, qui, s'étant piqué à l'autopsie d'un enfant mort de diphtérie eut un panaris sous-unguéal avec de nombreux bacilles diphtériques associés à quelques streptocoques.

A la suite de piqûres anatomiques, de tels faits sont

rares, et ce sont les microbes de la putréfaction qui sont en jeu. Leur virulence d'ailleurs est telle que le panaris initial, est tout à fait négligeable dans bien des cas devant la gravité des autres lésions qu'ils déterminent.

Dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, Du Bois Saint-Sevrin, rapporte l'observation d'un certain nombre de panaris qu'il étudia chez des soudeurs de boîtes de conserves et dans lesquels il rencontra, associés aux microbes banals, deux microbes de la putréfaction des poissons, entre autre le microbe rouge de la sardine.

Quant aux panaris sous-unguéaux des enfants tuberculeux, signalés par M. Routier, nous ne sachons pas que l'étude bactériologique en ait été faite. Il nous paraît pourtant probable que le bacille de Koch n'y joue aucun rôle. On sait, en effet, que les petits tuberculeux font facilement des abcès sous-cutanés multiples, à évolution torpide, et dans lesquels on trouve habituellement du staphylocoque blanc.

Quoi qu'il en soit, ce rôle des microbes nous explique les cas de contagion des panaris. Auto-contagion d'abord, les panaris sous-unguéaux étant souvent multiples. Hétéro-contagion aussi, et voilà expliqués les cas de pseudo-épidémies, signalés partout. Nous avons déjà relaté les épidémies des pêcheurs de Terre-Neuve. Ravaton en signale une autre qu'il observa en 1766-67, chez les soldats de la garnison de Landau. Thomas, en 1817 en rapporte une autre développée chez des marins à bord de l'*Olivier*. A dire vrai,

peut-être n'y eut-il pas hétéro-contagion, mais infections successives chez des sujets participant aux mêmes travaux, courant par conséquent les mêmes dangers d'être atteints.

Au point où se sont localisés les microbes, se produit d'abord une vaso-dilatation des petits vaisseaux, des couches superficielles de la peau, une diapédèse active. Les lésions peuvent s'arrêter là. Mais si l'apport des globules blancs a été suffisamment considérable et si les microbes résistent assez longtemps à la phagocytose un petit foyer purulent en résulte.

Quel que soit son siège, il s'étend en largeur, formant une phlyctène purulente sous l'ongle ou autour de l'ongle. Sous l'ongle, la phlyctène s'étend peu. A son pourtour, au contraire, elle est très envahissante en surface, et peut décoller l'épiderme tout autour de l'ongle, elle tourne autour de lui d'où le nom de tourniole donné à l'affection. La présence de ce foyer microbien détermine une irritation des tissus avoisinants, particulièrement marquée à la matrice de l'ongle. Là, en effet, on voit se développer des bourgeons charnus exubérants, décollant plus ou moins l'ongle, et retardant considérablement la réparation.

Lorsque celle-ci se fait, la matrice unguéale, présente souvent des cicatrices qui gênent le développement de l'ongle. Celui-ci ultérieurement, se développera inégalement, ou bien il présentera des taches blanc nacré, des cannelures, indices de la mauvaise nutrition des tissus.

Après s'être étendue en surface l'affection au lieu

de marcher vers la réparation peut gagner en profondeur. Cette extension aux tissus sous-jacents a donné lieu à plusieurs théories.

Pour Gosselin, l'inflammation se propage par les gaînes synoviales des tendons fléchisseurs. En adoptant cette théorie il faut admettre que l'infection partie de la région unguéale, s'est étendue de proche en proche jusqu'à la deuxième phalange puisque c'est là que se terminent les gaînes synoviales. Il faut, de plus, conclure que seuls les panaris siégeant au pouce ou à l'auriculaire pourront entraîner des phlegmons de la main où de l'avant-bras, puisque au niveau de ces deux doigts seulement les gaînes digitales communiquent avec les synoviales palmaires.

Dolbeau, au contraire, refuse de faire jouer un rôle aux gaînes synoviales dans la propagation de l'infection ; pour lui, ce sont les lymphatiques qui sont en jeu, les phlegmons de la main, les abcès profonds de l'avant-bras consécutifs aux panaris sont des « angioleucites profondes suppurées », et il cite, à l'appui de cette opinion des cas où la suppuration s'est propagée en dehors des gaînes, d'autres où les fusées purulentes n'ont pas suivi le trajet de ces dernières.

Pour M. le professeur Lannelongue, enfin, à la suite d'une piqûre légère l'inflammation gagne immédiatement l'os et le panaris profond est d'abord une ostéomyélite. « Il n'y a pas de panaris spontané de la gaîne sans traumatisme direct de cette gaîne. »

Ces différentes théories paraissent avoir chacune leur part de vérité et l'on trouve des cas bien nets qui

sont des exemples de chacune d'elles. Mais, si l'on songe, avec quelle rapidité, la phalangette se nécrose parfois à la suite du panaris sous-unguéal on est tenté d'admettre que, bien souvent, suivant l'opinion de M. le professeur Lannelongue, cette variété d'infection ne fait que traverser les couches sous-cutanées pour aller d'emblée se localiser sur le périoste et l'os.

L'infection par voie lymphatique n'est pas non plus négligeable, comme le montrent les traînées de lymphangite tronculaire, les adénites sus-épitrochléennes et axillaires.

Enfin, ne faut-il pas admettre, dans ces cas où l'infection s'est généralisée d'une façon presque foudroyante, que la voie sanguine a servi à propager à l'organisme entier, les éléments microbiens introduits à l'extrémité d'un doigt ?

ETUDE CLINIQUE

Dans sa forme habituelle le panaris sous-unguéal ou péri-unguéal se manifeste par les symptômes suivants : le malade s'est piqué l'extrémité du doigt ; un peu de sang s'est écoulé, puis le lendemain ou le surlendemain une sensation de prurit s'est manifestée à l'endroit de la piqûre. C'est un prurit très léger auquel le malade n'a pas pris garde tout d'abord. Cette sensation s'est aggravée peu à peu, et s'est transformée en une cuisson plus ou moins douloureuse. Le contact au niveau du point piqué est devenu pénible, le malade évite de se servir de son doigt. A ce moment le pourtour de la petite plaie qui a ouvert la porte à l'infection est devenu rouge et s'est un peu tuméfié. C'est le stade érythémateux. Un traitement approprié ou les seules forces de la nature peuvent faire avorter le panaris ; tout se guérit sans laisser de traces.

Ce n'est pas ce qui se passe habituellement quand la lésion primitive siège à côté de l'ongle ni surtout lorsqu'elle est localisée au-dessous de lui. La douleur, la sensation de chaleur augmentent, des élan ce-

ments apparaissent surtout pénibles lorsque le membre est en position déclive, ou la nuit, à la chaleur du lit. Toute l'extrémité du doigt est rouge, chaude et tuméfiée, les moindres pressions deviennent intolérables.

Rapidement, en deux ou trois jours, parfois moins, le panaris est devenu phlycténoïde. Si la phlyctène siège sous l'ongle, on la voit par transparence faire une tache blanc jaunâtre. Si elle siège au pourtour de l'ongle, elle gagne de proche en proche, en suivant toujours le sillon péri-unguéal. Cette phlyctène soulevée par le pus a une coloration jaunâtre, parfois brune. Elle arrive à se rompre spontanément à moins que le malade n'enlève lui-même le lambeau d'épiderme qui la recouvre. Alors apparaissent parfois baignant dans du pus, des bourgeons exubérants au niveau de la matrice unguéale. Décollé par des bourgeons, soulevé par le pus, l'ongle ébranlé finit par tomber.

Lorsqu'aucun traitement n'est venu interrompre l'évolution du panaris, à ce moment peuvent apparaître des phénomènes généraux. Ils paraissent pourtant habituellement en rapport seulement avec la douleur et l'insommie qu'elle entraîne.

A cette période aussi, plusieurs complications sont à craindre : l'infection a pu gagner la phalangette. C'est une complication qui survient souvent insidieusement, l'écoulement du pus, au-dessous et autour de l'ongle, est devenu plus abondant. Le foyer purulent s'écoulant librement au dehors, les dou-

leurs même, peuvent parfois devenir moins violentes ; mais si l'on explore le trajet purulent avec un stylet on tombe directement sur l'os mis à nu et nécrosé.

La gaîne synoviale se prend à son tour, le doigt tout entier est tuméfié, rouge, très douloureux, il est à demi fléchi. Si on le redresse, la douleur devient atroce. L'infection peut gagner la main, l'avant-bras, déterminant là des phlegmons que nous signalons seulement.

D'autres fois, ce sont des complications ganglionnaires qu'on observe. Le ganglion épitrochléen, lorsque le panaris siège au médius, à l'annulaire ou à l'auriculaire, les ganglions axillaires surtout peuvent être le siège d'adénites aiguës et aboutir à la suppuration. On a vu même les ganglions sus-claviculaires enflammés. C'est ainsi qu'en 1874, au concours d'adjuvat, à la suite de piqûres pendant l'épreuve de dissection M. Peyrot eut un panaris, compliqué d'une adénite axillaire suppurée. Au même concours, Valtat s'étant aussi piqué le doigt, eut une tourniole et un ganglion sus-claviculaire suppura.

Plus rarement, sans doute, car le panaris sous-unguéal, s'il est dangereux au point de vue local, reste habituellement tout à fait bénin pour l'organisme entier, on observe des infections générales graves, mettant en danger la vie du sujet. Ce sont là, nous le répétons, des faits très rares, sauf pourtant lorsqu'il s'agit de piqûres anatomiques. Voici un cas où il s'agissait d'une tourniole banale et qui fut

suivi de mort : un soldat de 22 ans, robuste, vu par Huguet, s'étant très légèrement piqué l'extrémité du pouce gauche, eut après deux jours, une tourniole très légère : on constitua le traitement classique rigoureusement ; malgré cela, au quatrième jour apparurent des phénomènes généraux. La température monta à 40°, l'état local, cependant, restait satifaisant, mais l'état général devenait de plus en plus mauvais. La mort survint le 10e jour par septicémie aiguë.

Dans un autre cas de Mignon, que nous rapportons dans cette thèse, l'infection consécutive à un panaris péri-unguéal, entraîna un phlegmon périnéphrétique.

Nous avons décrit la forme vulgaire du panaris péri-unguéal et c'est un tableau qui est réalisé par presque tous les cas, sauf pourtant les complications générales citées ici comme des raretés.

La tourniole des enfants tuberculeux évolue, pourtant d'une façon un peu particulière. Elle survient, d'après Bouis, de préférence chez des enfants de 3 à 8 ans, à la suite d'un léger traumatisme ou spontanément. Elle débute comme une tourniole vulgaire, ou bien la peau qui entoure l'ongle prend une teinte violacée, l'épiderme se fendille, une ulcération fongueuse ou au contraire profonde et serpigineuse, vient rapidement compromettre l'adhérence de l'ongle en envahissant le derme sous-unguéal. Les doigts sont déformés en massue, les téguments foncés. L'affection est peu douloureuse. L'ulcération gêne le

veloppement de l'ongle qui, quand il ne tombe pas, est jaunâtre, terne, fendillé à son bord libre : parfois éliminé partiellement, et soulevé par les bourgeons charnus, il tend à devenir perpendiculaire. Enfin, derniers caractères de cette variété de panaris sous-unguéal, elle a une durée très longue et presque jamais de complications.

La tourniole des nouveau-nés a été décrite de la façon suivante par M. Brindeau :

« On la rencontre très souvent, surtout à l'hôpital dans les dix jours qui suivent la naissance : mais elle constitue une lésion si bénigne qu'elle passe souvent inaperçue. Le début se produit du sixième au dixième jour, mais c'est surtout au onzième jour que l'affection est en plein développement. On voit d'abord au niveau d'un des replis unguéaux, le plus souvent l'index un petit lambeau d'épiderme, qui se détache sur le bord de l'ongle.

« Ce lambeau en se soulevant, produit une petite solution de continuité qui devient le point de départ de l'infection.

« On voit alors, partant de ce point, une rougeur plus ou moins vive, qui remonte le long du doigt, mais qui ne dépasse pas ordinairement la troisième phalange. La peau est en outre, lisse et très légèrement œdématiée. L'affection est alors à son premier degré, de lymphangite superficielle et elle peut s'en tenir là. Tout disparaît en 24 heures.

« Quand elle passe à l'état de tourniole, on voit très rapidement l'épid erme se soulever à la réunion de

l'ongle et de la peau, en formant une toute petite phlyctène en forme de croissant, remplie d'une gouttelette de liquide séro-purulent. En quelques jours, la phlyctène s'affaisse sans s'ouvrir au dehors, elle fait place à une petite croûte jaunâtre et l'enfant guérit sans même qu'on se soit aperçu de cette petite complication. Le nouveau-né lui-même ne semble pas en être incommodé, et c'est seulement dans les cas très prononcés que la pression sur l'ongle détermine de la douleur. L'index, le médius et le pouce sont les doigts le plus souvent atteints. De plus, plusieurs doigts se prennent souvent, sans doute par inoculations successives ».

M. Brindeau attribue un grand rôle dans la formation de ces panaris à la desquamation abondante des premiers jours de la vie, desquamation surtout marquée à la région péri-unguéale.

Peut-être, et bien que M. Hallopeau attribue leur développement à une névrite primitive, faut-il citer ici comme variété de tourniole, ce que cet auteur a décrit sous le nom d'acrodermatites suppuratives. En tous cas, et quelle que soit sa nature l'affection débute par des panaris sous et péri-unguéaux. Cette phase initiale, tout au moins, nous intéresse. Les caractères, d'après Ch. Audry en sont les suivants :

1° Début constant et souvent spontané par l'extrémité des doigts.

2° Production d'éléments, éruptifs, constitués par de petits lacs de pus, plus ou moins étendus, logés

dans l'épiderme et entraînant la desquamation des couches épidermiques qui en forment le couvercle.

3° Participation irrégulière mais constante de tout ou partie des ongles qui sont traités par le processus morbide exactement comme par une tourniole vulgaire.

4° L'extension habituelle aux doigts voisins, de façon que fréquemment les deux mains sont prises. Les pieds, aussi, sont souvent atteints.

5° L'existence d'un prurit local habituellement modéré, de douleurs locales parfois intenses, irradiées exceptionnellement vers la face interne du bras.

6° La marche très lente. L'affection persiste longtemps et est presque incurable.

7° L'absence de toute complication générale, de tout accident septique.

8° La déformation des extrémités digitales transformées en petits moignons scléreux.

Nous avons décrit assez en détails ces variétés pour qu'on y trouve les éléments d'un diagnostic. Quant au panaris péri-unguéal banal, c'est une affection que tout le monde diagnostique, sans qu'il soit pour cela besoin d'avoir recours à un médecin. Si, au stade érythémateux, l'aspect rappelle un peu celui des engelures ou du lupus pernio, l'évolution toute différente, ne permet même pas d'hésiter. A la période d'abcès, il faut distinguer la tourniole banale du panaris de Morvan. Celui-ci se reconnaîtra aux nombreux troubles trophiques qui l'accompagnent, aux parésies de l'avant-bras avec atrophie musculaire et analgésie,

à l'aspect des téguments qui sont violets, froids et le siège d'une sudation excessive ; à l'indolence totale. Charcot a rattaché cette affection à la syringomyélie. Elle est d'ailleurs excessivement rare, si on la compare au nombre considérable des panaris péri-unguéaux banals, et le diagnostic pour ceux-ci n'hésite, pour ainsi dire jamais. Le malade lui-même l'a fait : et, c'est en somme à son détriment : Connaissant le mal dont il est atteint, il ne vient pas consulter et il institue, de son chef, un traitement souvent ridicule lorsqu'il n'est pas dangereux.

TRAITEMENT

« Je donnerais, disait Bordeu, tous les livres de ma bibliothèque, pour une page de thérapeutique qui m'apprendrait à guérir, d'une manière certaine, la migraine et le panaris. » Beaucoup d'autres, sans doute ont été, comme lui frappés de l'insuffisance des moyens de traitement employés par leurs devanciers et en ont imaginé de nouveaux. C'est pour cela que la liste en est si longue à dresser.

A dire vrai, beaucoup sont parfaitement ridicules, ainsi celui d'Aétius qui prétendait avoir obtenu de bons résultats de l'application de cérumen. Les matières fécales de l'homme, ont été aussi employées pour la guérison des panaris, et une thèse de Paris de 1873, sans pourtant recommander ce traitement, trouve qu'il n'était pas si mauvais : « les sels nombreux, et notamment les sels ammoniacaux que renferment les matières, agissent comme les émollients, mais plus énergiquement. » Le traitement qu'instituait Lazare Rivière est seulement amusant : il recommandait au malade d'introduire son doigt dans l'oreille d'un chat.

Certains végétaux qu'on utilisait en infusion ou en cataplasmes ont joui pendant longtemps d'une grande faveur : l'oseille, l'oignon du lys, le basilicon, les cataplasmes de ciguë ou de mandragore recommandés par A. Paré, ceux de jusquiame, ceux enfin de la plante appelée paronychia (Ravaton). Tous ces produits étaient utilisés comme « maturatifs. » Dans le même but, les cataplasmes jouissent encore auprès du public d'une faveur dont on ne saurait trop dire le danger.

Ces maturatifs étaient employés après avoir épuisé une longue série d'antiphlogistiques : la saignée a, de droit, le premier rang ; les sangsues appliquées en dehors de la zone enflammée ou même à l'épigastre, l'application de compresses d'eau glacée, la compression, tels étaient les moyens employés pour faire avorter le panaris. Velpeau, dans le même but, recommandait les vésicatoires, et Jobert le nitrate d'argent.

Lorsque ces moyens échouaient, aux maturatifs que nous avons énumérés on associait une thérapeutique contre la douleur. On recommandait au malade de tenir son membre dans la position élevée, on appliquait des cataplasmes laudanisés ou une solution d'extrait gommeux d'opium.

Il serait injuste dans cette énumération d'oublier les pommades : l'onguent de la mère Thècle, les pommades mercurielles ont eu et ont encore, dans le public, la réputation d'être un excellent remède.

Bon nombre de ces traitements qui nous semblent

lointains sont encore, en effet, utilisés de nos jours, et dans le peuple les traitements les plus bizarres sont encore en honneur : Application du sang de lièvre, de toiles d'araignée, de levain, bains d'urine, voire même comme nous l'avons vu dans certaines régions des Alpes, cataplasmes faits avec des matières d'enfants nouveau-nés.

Quant au traitement particulier du panaris sous-unguéal ou péri-unguéal, voici ce qu'en disent les thèses soutenues il y a une vingtaine d'années.

Quand le panaris est péri-unguéal, Prat recommande d'enlever la phlyctène pour empêcher l'inflammation de gagner sous l'ongle. Si elle débute au-dessous de lui, il coupe l'ongle aussi près que possible du foyer, puis applique une pommade mercurielle.

Catois, enlève lui aussi l'épiderme et applique un cataplasme. « Si l'ongle est vacillant on l'enlève : s'il est solidement fixé on coupe les végétations et on les cautérise au nitrate d'argent, puis pour modifier l'inflammation de la matrice de l'ongle, et, dans le cas de suppuration sous-unguéale, on taille en cône un crayon de nitrate d'argent, et on le promène entre l'ongle et la matrice ; on le fait ainsi glisser longuement dans ce sillon en cherchant à détacher l'ongle. Ce traitement est excessivement douloureux, mais c'est le meilleur : il a toujours donné de bons résultats et il termine plus rapidement cette inflammation qui a toujours une marche lente. »

A l'heure actuelle, et si le panaris est tout à fait au

début, on peut essayer les moyens abortifs. Les pansements humides à l'eau bouillie ou au sublimé à 1/1000, les manuluves très chauds, aussi chauds que le malade les peut supporter, déjà recommandés par Fabrice de Hilden, sont les meilleurs moyens à employer. A cette période aussi, une petite incision au niveau du point infecté est souvent suffisante, arrête l'évolution du panaris, et dispense d'une intervention ultérieure plus énergique.

Lorsque le panaris sous-unguéal est déclaré, deux moyens sont en présence : l'incision profonde, atteignant dans la mesure du possible le foyer sous-unguéal, et l'arrachement de l'ongle. C'est cette dernière intervention que nous préconisons. A dire vrai, la méthode n'est pas nouvelle. En 1868, un médecin militaire belge, Dupont, écrivait déjà :

« Dans le panaris péri-unguéal, l'excision complète et minutieuse de l'épiderme soulevé, puis les cataplasmes émollients, suffisent presque toujours ; une excision minutieuse est nécessaire, car, au début, il nous est arrivé de laisser parfois intacte une très légère partie de l'épiderme envahi, surtout dans la région adhérente à l'ongle et cette surface, quelque minime qu'elle fût a toujours suffi à reproduire ou étendre l'affection malgré les émollients. Aussi, avons-nous toujours soin dans ce cas, d'enlever une portion de l'ongle plus étendue que la partie malade. Si l'ongle est soulevé dans une grande partie de son étendue, nous pratiquons l'ablation totale. Cette manière de faire nous réussit tellement bien que

très rarement les malades entrent à l'hôpital : deux ou trois jours d'exemption suffisent. » En 1880, M. Routier employait le même traitement contre les panaris des enfants tuberculeux, et il guérissait de cette façon des panaris vieux de plusieurs mois. On verra, si l'on veut bien consulter nos observations que nos malades, lorsqu'ils sont venus avant une suppuration trop étendue, ont guéri, en effet, en un temps variant de trois à huit jours, et que tous ont retiré de l'intervention, comme bénéfice immédiat, une suppression presque complète de la douleur. Deux de nos malades (Obs. VI, et XIII) ont refusé l'arrachement de l'ongle, et ont été traités par l'incision simple. L'étude de ces cas montrera nettement la supériorité de l'ablation de l'ongle.

Voici la méhode opératoire que nous avons constamment employée, sur les conseils de M. Marion :

1° Antisepsie des mains du chirurgien et du champ opératoire ;

2° Anesthésie à la cocaïne. Le malade étant couché, on fait avec une solution à 1/100 l'injection « traçante » que recommande M. Reclus ; 3 ou 4 cmc. au plus suffisent ; lorsque l'inflammation est un peu étendue la distension causée par la piqûre est extrêmement pénible et l'anesthésie souvent défectueuse.

Dans ces cas, nous avons pratiqué les injections à la base du doigt, et sur les quatre faces ; de cette façon, l'anesthésie est complète. Attendre quatre à cinq minutes, pour que l'anesthésie soit suffisante.

3° Opération.

Les instruments nécessaires sont : une paire de ciseaux droits, forts ; un bistouri qui n'est cependant pas indispensable ; une ou deux pinces à forcipressure un stylet : une petite cisaille.

Introduire à plat une des lames du ciseau sous l'ongle, l'enfoncer jusqu'à la matrice, la redresser et sectionner l'ongle sur la ligne médiane dans toute sa hauteur.

Avec une pince hémostatique saisir alors l'une des moitiés de l'ongle dans toute sa longueur et l'arracher par un mouvement de torsion ; agir de même pour l'autre moitié.

4° Lavage et pansement humide à renouveler chaque jour, puis pansement sec.

Dans les cas compliqués, et pour les panaris négligés, l'exploration au stylet pratiquée après l'ablation de l'ongle peut mener sur la phalangette nécrosée. On la réséquera avec une cisaille ou un davier coupant. Dans ce cas, dont nous rapportons un exemple, la guérison bien qu'un peu plus tardive, sera néanmoins assez rapide.

A cette méthode opératoire, peut-être objecterat-on, que l'ablation de l'ongle constitue une intervention assez sérieuse, douloureuse par elle-même, et laissant une gêne fonctionnelle marquée, tant que l'ongle n'est pas repoussé. Pourtant, si l'on met en présence d'une part, les douleurs lancinantes persistant pendant des journées entières, empêchant tout sommeil, et laissant le malade plus fatigué encore après des nuits de souffrances continues, si l'on

oppose ces douleurs-là, à celles très rapides de l'arrachement de l'ongle, il nous paraît évident que pas un malade ne devrait opter en faveur des premières. D'autant plus, que l'emploi judicieux de la cocaïne réduira la douleur opératoire à celle d'une piqûre.

Quant à l'état du malade après cette petite intervention, il est immédiatement aussi satisfaisant que possible : dans toutes nos observations, on peut constater que le malade a accusé une cessation immédiate de la douleur.

L'objection, enfin, de la gêne fonctionnelle consécutive tombe d'elle-même devant les faits : tous nos opérés, du moins ceux chez lesquels on est intervenu à temps ont pu reprendre leur travail au bout de 3 à 6 jours. C'est déjà ce qu'avait constaté, avant nous, Dupont. Nous ne pensons pas qu'aucun traitement puisse immobiliser le doigt moins longtemps.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Madame L..., fleuriste, 26 ans, vient consulter le 30 janvier.

Depuis près d'un mois, elle souffrait de l'extrémité du pouce gauche. Ces douleurs étaient peu vives, quelques élancements lorsque le doigt était dans la position déclive, ou après le travail.

A son arrivée à l'hôpital la malade présente une tuméfaction peu accentuée de la face dorsale de la deuxième phalange du pouce, un peu de rougeur péri-unguéale. Les pressions sur l'ongle sont très douloureuses.

Arrachement de l'ongle le 30. Pansements humides quotidiens. La plaie va en s'améliorant régulièrement. Le 9 on supprime les pansements humides et on les remplace par un pansement définitif.

OBSERVATION II (personnelle).

Mme C.., lingère, 30 ans, se présente à l'hôpital le 1er février 1903, avec un panaris péri-unguéal du pouce gauche. Elle se serait piquée à ce niveau vers le 1er janvier. Depuis, la piqûre serait restée douloureuse : gênant le travail.

Depuis trois jours, cessation complète du travail.

L'ongle est décollé en arrière et repoussé en avant par un bourgeon charnu.

Anesthésie locale à la cocaïne.

Arrachement de l'ongle.

Pansements humides pendant trois jours.

Guérison le 7 février.

OBSERVATION III (personnelle).

Madame H..., 28 ans, ménagère, le 4 février au retour du lavoir, ressent des douleurs lancinantes à l'extrémité du médius droit. Le doigt enfle dès le lendemain. Les douleurs vont en s'exaspérant, jusqu'au 8 février ; à ce moment, le pus apparaît autour de l'ongle et les douleurs deviennent moins vives. Elles demeurent cependant assez violentes pour empêcher le sommeil. La malade se traite elle-même par des cataplasmes de fécule de pomme de terre puis des bains dans une infusion de racines de guimauve.

Elle vient consulter le 11 février.

Les deux dernières phalanges sont rouges et tuméfiées. Le pus apparaît au pourtour de l'ongle. L'ongle est immédiatement arraché. Cette opération procure à la malade un soulagement rapide. Des pansements humides quotidiens faits pendant quatre jours activent la guérison. Le 15 un pansement sec est fait, et la malade ne revient plus.

OBSERVATION IV (personnelle).

Mme Anna H..., 26 ans, ménagère, se pique le 16 janvier avec une aiguille, la face externe de la phalangette de l'index gauche. Pendant trois jours, elle ressent seulement quelques picotements puis apparaissent des douleurs lancinantes, de la tuméfaction et de la rougeur.

La malade se soigne elle-même avec des cataplasmes faits de saindoux et de pain mâché. Ce traitement ne procurant pas un soulagement sensible, malgré que la malade en continue l'application plusieurs jours, Anna H... se décide à venir consulter.

Le pus apparaît au côté externe de l'ongle et forme une nappe s'étendant assez loin vers l'articulation phalangetto-phalangienne. Toute l'extrémité du doigt est tuméfiée.

Arrachement de l'ongle. Pansements humides quotidiens. Guérison le 17 février.

OBSERVATION V (personnelle).

Mme V... ménagère, 35 ans, rue Saint-Gilles, 26, vient le 1er février 1903 à la consultation pour un panaris sous-unguéal du médius droit, ayant débuté vers le 20 janvier.

Depuis 4 jours, la malade en souffre beaucoup et n'a pu dormir pendant les trois dernières nuits.

Après anesthésie à la cocaïne, on enlève l'ongle, mais on découvre que l'os est atteint, ce que démontre l'exploration au stylet. On réséque immédiatement la phalangette.

Pansement humide. Guérison le 18 février.

OBSERVATION VI (personnelle).

Panaris sous-unguéal. — La malade refuse l'arrachement de l'ongle. — Aggravation.

Jules Tr.., garçon boucher, 16 ans, ne se souvient pas de s'être piqué, ni coupé, mais a reçu il y a 15 jours à peu près un coup de maillet près du bord externe du pouce gauche. Immédiatement s'est développé en cet endroit un petit hématome. Le malade n'y a prêté aucune attention. Il y a quatre jours, il a commencé à ressentir quelques élancements à l'extrémité du pouce, élancements qui ont augmenté.

Il se présente le 16 février avec un panaris sous-unguéal du pouce gauche, il refuse qu'on lui enlève l'ongle. On pratique alors une incision sur le côté externe de l'ongle, incision qui est dirigée profondément et parallèlement à la face profonde de l'ongle. Un peu de pus s'écoule. On applique un pansement humide.

Le 20 février, le malade revient, les douleurs ont augmenté, la suppuration a envahi la matrice de l'ongle et le bord externe de celui-ci. L'ongle est légèrement mobile.

Malgré cela le malade refuse de nouveau l'arrachement de l'ongle. On lui fait un nouveau pansement humide. Il n'est pas reparu à la consultation, mais il est infiniment probable qu'il n'est pas revenu uniquement parce que le traitement proposé lui déplaisait et qu'il est allé se faire soigner ailleurs. Il est, en effet, très peu vraisemblable, qu'un foyer aussi étendu et ainsi a l'abri, sous un ongle qui empêchait d'agir sur le point où se faisait la suppuration, ait guéri spontanément.

OBSERVATION VII (personnelle).

Ernest Q..., 54 ans, emballeur, 37, quai d'Anjou.

Le 12 mars, coup de marteau sur l'ongle de l'index gauche. Ecrasement de l'extrémité du doigt et arrachement de la moitié de l'ongle.

Du 12 au 26, le médecin de l'assurance, fait des pansements.

Le 26, le malade vient à l'hôpital parce que son doigt est tuméfié, rouge, atrocement douloureux, et que du pus s'écoule de 6 plaies primitives.

Les 26, 27, 28, pansements humides.

Le 28, arrachement de l'ongle, soulagement immédiat. Le gonflement, la rougeur, les douleurs disparaissent.

Pansement sec définitif le 3 avril.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Edouard R..., 19 ans, chauffeur, 51, rue Simon-le-Franc.

A reçu il y a 8 mois des éclats de verre dans la paume de la main gauche. Des pansements humides furent appliqués jusqu'à cicatrisation. Trois mois après, il ressent dans les doigts des tements qui gênent considérablement l'usage du pouce et de l'index. Il se rend à la Charité où la radiographie fut pratiquée immédiatement. On constata la présence de morceaux de verre restés au voisinage de la cicatrice de la plaie primitive. Opéré

par le professeur Tillaux le 17 décembre, le malade sortit de la Charité vers le 8 janvier. Il vint alors à l'Hôtel-Dieu se faire faire des pansements secs.

Trois semaines après cicatrisation complète, le malade ressentit de nouveaux picotements à l'extrémité de l'annulaire gauche. Le 13 avril il vint à la consultation présentant un panaris péri-unguéal.

Arrachement de l'ongle. On ne trouve pas de débris de verre malgré une exploration minutieuse. Pansements humides.

Cicatrisation complète en 8 jours.

OBSERVATION IX (personnelle).

Louis Tr.., 47 ans, porteur aux Halles, rue Geoffroy-l'Angevin, 26.

Le 23 avril élancements à l'extrémité de la phalangette du pouce gauche. Le 24 avril, phlyctène noirâtre à ce niveau. Le malade ne se rappelle pas s'être pincé ni piqué, mais il avait cloué des caisses à poisson dans la journée du 23.

Le soir du 24 avril, le gonflement est marqué, les douleurs deviennent considérables, le malade prend un manuluve dans une infusion de camomille.

Dans la nuit, la phlyctène devient grosse comme une noisette. Elle s'étend sous le bord libre de l'ongle et empiète de chaque côté vers la matrice. Le malade constate sous l'aisselle, la présence d'un gros ganglion.

Le 25, le malade prend trois bains de camomille, traitement

qui n'apporte aux douleurs continues, qu'un médiocre soulagement.

Dans la nuit du 25 au 26 la phlyctène se rompt donnant issue à du pus.

Le 26, le malade met un doigtier en toile enduit de vaseline. Le gonflement diminue mais la douleur est atroce.

Le 27, avril il vient à la consultation.

Ablation de l'ongle. Enlèvement de l'épiderme qui recouvre la phlyctène. Bain, pansement humide.

Diminution considérable des douleurs. Le 28, bain phéniqué. Le 29, ablation des quelques lambeaux d'épiderme mortifiés. Le 30, pansements secs qui sont continués 6 jours. Guérison.

OBSERVATION X (personnelle).

Mme B..., 49 ans, lingère, était au lit il y a 9 mois pour une phlébite. Un jour qu'on lui faisait les ongles, elle a la sensation qu'on la pique au gros orteil du pied gauche, trois mois après elle se lève et constate à la partie interne de l'ongle une légère inflammation gênant la marche.

Cataplasmes de fécule de pomme de terre. Eau boriquée.

Elle fait venir un médecin qui la panse avec de la liqueur de Van Swieten, puis de l'eau phéniquée.

Du sang, au dire de la malade, apparaissait au bord de l'ongle, mais pas de pus.

Ces soins durèrent depuis le mois de février jusqu'au 27 mai, sans amener une amélioration notable.

Le 27 mai, la malade vient à l'hôpital.

Arrachement de l'ongle. Pansement iodoformé.

Le 7 juin, un mois par conséquent après le début de son panaris, le malade vient à l'hôpital.

Arrachement de l'ongle. Pansement humide.

Cessation des douleurs le jours même.

Pansement sec terminal, au bout de deux jours de pansements humides.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Panaris sous-unguéal — La malade refuse l'arrachement de l'ongle. — Nécrose de la phalangette.

Mme T..., cuisinière, 73, rue St-Antoine, s'est piquée le 6 juin l'extrémité du médius gauche. Il n'y a pas eu d'écoulement du sang.

Le 7, des élancements douloureux apparaissent, qui vont en augmentant d'intensité, et empêchent presque complètement le sommeil jusqu'au 15 juin.

Durant cette période le doigt était d'une rougeur intense mais sans beaucoup de gonflement. La malade souffre de plus en plus. Jusqu'au 15 juin, elle s'est soignée elle-même, sans médecin, avec des cataplasmes de farine de graine de lin et des bains tièdes.

Le 15, au matin, un point blanc apparaît sous l'ongle. Venue à la consultation, la malade refuse de se laisser arracher l'ongle. Incision très large, pansement humide. Pas de soulagement.

Le 16, une nouvelle incision est jugée indispensable. La malade la refuse. Pansement, humide.

La malade ne pouvant supporter l'iodoforme, on applique le 29, un pansement humide. Le 5 juin, pansement sec. Guérison.

OBSERVATION XI (personnelle).

C... Charles, 39 ans, sommelier, 5, rue Le Regrattier, s'aperçoit le 1er juin qu'il a le gros orteil du pied gauche douloureux. Il ne se souvient pas de s'être piqué ni frappé. Le 5 la suppuration apparaît, le malade ressent une douleur lancinante à la plante du pied. Il ne fait aucun traitement.

Le 9 juin, il vient à la consultation, présentant un panaris qui siège au côté interne de l'ongle du premier orteil gauche. Comme la suppuration s'étend très peu au-dessous de l'ongle, on procède à l'ablation de la moitié correspondante, seule, de l'ongle.

Pansements humides journaliers. Guérison complète le 16.

OBSERVATION XII (personnelle).

M. Jean Th..., 37 ans, laitier, il y a 2 mois, s'est piqué sous l'ongle du pouce gauche, avec un brin de paille. Un mois après suppuration autour d'un débris de paille qui est resté sous l'ongle. Le malade se lave le pouce deux fois par jour avec son urine. La deuxième phalange tout entière se tuméfie, devient rouge, chaude est le siège d'élancements très pénibles. Depuis trois semaines, il a dû quitter son travail. Il souffre de plus en plus.

Le 17, nouvelle incision après un nouveau refus de la malade de se laisser arracher l'ongle. Ecoulement de pus abondant.

La malade souffre toujours beaucoup. L'état général s'en ressent.

Le 19, la douleur étant toujours aussi violente, la malade consent à l'arrachement de l'ongle.

Il était trop tard. La phalangette était atteinte. Il fallut la lui enlever le 24 juin.

Suites normales.

La malade vint pendant quelque temps se faire panser, regrettant de ne pas avoir fait plus tôt le sacrifice de son ongle.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Louis K., 19 ans, garçon de salle, se pique, le 1er juin avec un éclat de bois, l'extrémité du pouce droit. Reste 10 jours sans souffrir. Le 12 juin, surviennent des élancements et du gonflement du pouce.

Le 15, le pus apparaît autour de l'ongle.

Le 17, le malade se présente à la consultation.

Il est traité par l'arrachement de l'ongle. Pansement humide le 18. Le 19 juin pansement sec, les douleurs, continuelles avant l'intervention, ont complètement cessé. Le malade n'a plus été revu à la consultation.

OBSERVATION XV (personnelle).

Mme R... ménagère, 28 ans, rue Beaubourg, 56.

Le 15 juin, se pique avec un éclat de bois l'extrémité du pouce droit.

Le lendemain, élancements, gonflement.

La malade applique des cataplasmes de mie de pain bouillie.

Le lundi 22 juin, seulement, la rougeur, le gonflement, les douleurs augmentant, la malade vient consulter.

La malade présente des ganglions axillaires gros et douloureux. Le pus ne paraît pas être collecté.

Arrachement de l'ongle le lundi 22 juin. Bains et pansements humides quotidiens.

Nous avons vu la malade pour la dernière fois le 29, le cicatrisation était complète, la malade pouvait se servir de son doigt.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Eugène F..., 27 ans, cuisinier.

Le 14 juin dans la nuit, ressent des élancements à l'extrémité de l'index gauche, applique un emplâtre de levain de boulanger. Il avait la veille écaillé des poissons, mais ne se souvient pas de s'être piqué.

Le lendemain 15, l'abcès est déjà formé.

Le malade continue ses applications de levain jusqu'au 17. La douleur continue cependant d'augmenter.

Le 19 juin, le malade vient à la consultation. La suppuration existe sur tout le bord gauche de l'ongle.

Arrachement de l'ongle. Pansement humide.

Dans la nuit, le malade, très soulagé, peut dormir d'un très bon sommeil. Le 20 juin, il ne souffre plus du tout.

Des pansements quotidiens améliorent la plaie de jour en jour.

Le 25, le malade ne revient plus.

OBSERVATION XVII

Panaris péri-unguéal. — Incision simple. — Phlegmon périnéphrétique consécutif.

par MIGNON

A... Claude, soldat musicien, contrebasse.

Antécédents pathologiques nuls.

Sans cause apparente, au début de décembre 1889, ampoule péri-unguéale au médius droit. Il perce l'ampoule et un liquide sanguinolent s'écoule. Pansement sommaire au collodion et le malade continue son métier, pendant 8 jours.

La pulpe de la phalangette devient chaude, tuméfiée, douloureuse, rouge. Incision qui donne issue à une certaine quantité de pus. Cataplasmes consécutifs. L'inflammation n'en continue pas moins sa marche progressive. Le doigt tout entier est gonflé et douloureux ; les mouvements sont impossibles. Peu à peu, une tuméfaction œdémateuse gagne la face dorsale de la main et le poignet.

A la fin de décembre, Claude A... venu en permission dans sa famille, remplace les cataplasmes par des pommades variées qui n'empêchent pas l'élimination complète de la phalangette.

Les tissus sont en voie de réparation, et tout semble terminé, mais le malade éprouve soudain un malaise général, une sensation de courbature, avec perte de l'appétit. Il fut pris de frissons avec claquement de dents, et d'un point de côté très violent.

Il entre à l'hôpital Desgenettes. Douleur lombaire droite lancinante, exaspérée par la pression au-dessous des fausses-côtes. Et par les mouvements. Toux sans expectoration. Muguet.

A l'auscultation, un peu de congestion de la base droite.

Urines foncées ne contenant ni albumine, ni sang, ni pus, température au voisinage de 38°.

Le panaris, en voie de guérison attire à peine l'attention. Il est pansé à la gaze iodoformée.

L'affection fut diagnostiquée au début, grippe. Mais les oscillations de la température qui passait de 39° le soir à 37° le matin, les longs frissons accompagnant l'élévation thermique, l'aggravation de l'état général ; en un mot les signes de suppuration s'accentuant firent songer à un phlegmon périnéphrétique.

Ce diagnostic fut justifié par l'opération, qui permit d'évacuer un litre de pus environ.

Suites normales. Evolution rapide sur la guérison.

(A. Mignon *Bull. méd.* 1890)

OBSERVATION XVIII

Dactylite sous-périostique de la phalange unguéale avec envahissement de la gaîne des tendons.

C..., 28 ans, s'est piqué il y a 3 semaines avec une aiguille sous l'ongle de l'index gauche. Le doigt se tuméfia et la main devint le siège d'un phlegmon qui s'étendit jusqu'au milieu de l'avant-bras. Douleurs très vives. Le malade entre à l'hôpital.

La phalange unguéale de l'index gauche est comme enveloppée d'une collection purulente. Incision. On trouve l'os de la phalange o nu et complètement nécrosé.

La suppuration paraissant avoir envahi jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne, l'incision est prolongée jusqu'à la base du doigt. On trouve une collection de pus, la gaîne du tendon détruite et le tendon lui-même nécrosé.

Deux grosseurs qui survinrent l'une au voisinage du coude, l'autre dans l'aisselle, témoignèrent de l'existence préalable d'une lymphangite.

(Chassaignac. *De la suppuration.* (Résumée).

OBSERVATION XIX

Nécrose des phalanges à la suite de panaris sous-unguéal imparfaitement traité.

Il y a quelques mois, M. J. V.... vint me consulter à propos d'une affection du pouce de la main droite datant de huit mois environ.

D'après le commémoratif, il s'agissait d'un panaris mal soigné ou plutôt trop soigné, comme c'est souvent le cas, le malade demandant conseil à tout le monde et se soumettant aux traitements les plus bizarres. A première inspection, je trouvai le pouce gonflé et durci, la peau rouge-bleuâtre et luisante, et de plus, un trajet fistuleux en pleine suppuration sous l'ongle. Le stylet introduit démontrait une carie osseuse bien accusée de la phalange unguéale. L'extirpation de la phalange fut décidée ; mais l'application intempestive d'eau glacée faite par le malade et contre mon gré, détermina un large sphacèle de toute la partie fongueuse, qui tomba d'elle-même.

Guérison au bout de trois mois, mais avec adhérence complète de la peau à la tête de la phalange. L'ongle est presque entièrement conservé.

(Von Blaeren. *Archives méd. Belges, 1878*).

OBSERVATION XX

Panaris sous-unguéal chez un enfant tuberculeux Arrachement de l'ongle. Guérison par M. Routier.

Pierre C..., 6 ans, vu à la consultation le 20 février 1879.

Dactylite de l'annulaire gauche durant depuis sept mois, ayant débuté, dit le père, probablement par un coup de pavé que l'enfant se serait donné sur le doigt.

Cet enfant a passé deux mois à l'hôpital Sainte-Eugénie, peut-être pour une autre affection, mais il en est ressorti avec son doigt toujours malade.

L'annulaire est élargi en spatule, tous les tissus mous sont violacés, indurés : les plis de flexion de la phalangette ont dis

paru ; l'élargissement du doigt part de l'extrémité de la première phalange.

L'ongle est soulevé, noir, très long, recourbé en crochet ; la suppuration est abondante ; cet ongle est le second depuis le début de l'affection.

Cet enfant porte, du reste, les stigmates de la scrofule, il a souvent des suppurations oculaires, il a de la blépharite chronique et de gros ganglions.

Le 21. — Ablation de l'ongle. Abrasion des fongosités, grattage de la phalangette, pansement à l'alcool.

Le 25. — Pansement occlusif. Bon aspect de la plaie.

Le 29. — Plaie en bon état ; on serre la circulation de diachylon pour corriger la spatule.

La guérison ne fut complète et les articulations parfaitement libres que le 4 avril.

(Routier. *France médicale*, 1880).

OBSERVATION XXI

Panaris sous-unguéal chez une enfant tuberculeuse. Arrachement de l'ongle. Guérison par M. Routier.

Marie X..., âgée de 5 ans, est amenée par sa mère à la consultation le 3 avril 1879.

Antécédents scrofuleux ; croûtes dans les cheveux, écoulements d'oreilles, nombreux ganglions.

Dactylite du pouce gauche. Le début a été marqué, il y a quatre mois, par une tourniole que sa mère attribue au froid. Cataplasmes. Eau-de-vie camphrée. Au bout de deux mois l'ongle tombe, tout le derme sous-unguéal devient fongueux et saignant.

Il y a cinq semaines que l'ongle a repoussé, il est adhérent seulement à sa base et se détache perpendiculairement à la surface du doigt.

Le doigt a l'aspect d'une spatule, l'ongle est noir et toute la surface péri et sous-unguéale est fongueuse.

3 avril. — Ablation de l'ongle, abrasion des fongosités, râclage de la face dorsale de la phalangette. Pansement à l'alcool.

Le 7. — Pansement occlusif.

Le 11. — Aspect de la plaie excellent.

(ROUTIER, *France médicale*, 1880).

OBSERVATION XXII

Panaris péri-unguéal diphtérique par V. Hau.

Le lendemain de l'autopsie d'un enfant mort de croup, M. Hau, interne du service de M. Rabot, a vu apparaître une légère douleur et de la rougeur au niveau de la partie la plus externe et la plus antérieure de la rainure unguéale de son annulaire droit. Dans la suite, se développa une sorte de tourniole ordinaire; mais, au lieu de la formation rapide d'une collection purulente sous-épidermique, on observa une tuméfaction qui devint considérable et n'aboutit pas à la suppuration franche. Cette tuméfaction parut tenir à un œdème profond, ce qui donna aux tissus un aspect érysipélateux pouvant être confondu au premier abord avec une inflammation simple.

Etat aigu, 3 ou 4 jours.

Durée totale, trois semaines.

A aucun moment, n'apparut de fausse membrane. L'examen bactériologique fait à plusieurs reprises donna toujours de nombreux bacilles diphtériques associés à quelques streptocoques.

(*Lyon méd.*, 1900, n° 4).

OBSERVATION XXIII

Bacille diphtérique dans un panaris juxta-unguéal par J. Seitz.

Chez un garçon de 16 ans, panaris peu étendu de la face dorsale de la phalangette au médius droit, panaris qui guérit très rapidement après incision. Le bacille diphtérique y était associé au streptocoque et au staphylocoque. La gorge du malade présentait des bacilles de Lœffler très virulents. Le malade déclara qu'il avait l'habitude de se manger les ongles. Ce malade avait ainsi dans la gorge des bacilles très virulents. il n'avait pas d'angine et n'avait infecté personne de son entourage.

(J. Seitz. *Correspondenz. Blatt. für Schweizer-Acryte.* 1899, n° 21).

OBSERVATION XXIV

Un cas d'acrodermatites suppuratives continues des mains, par MM. Hallopeau et Eck.

L'affection se renouvelle incessamment depuis plus de 20 ans. Production continue de foyers de suppurations plans, à contours serpigineux ; tous les ongles se sont détachés de leurs lits sup-

purés, tous les traitements ont échoué, y compris l'eau oxygénée, qui dans un cas analogue avait bien réussi. L'épaisseur de l'épiderme des régions palmaires et plantaires doit en faire pour les microbes un bon terrain de culture où ne peut les atteindre aucune médication.

(*Soc. fr. de dermat. et de syph.*, 6 novembre 1902).

OBSERVATION XXV

Phlycténoses récidivantes des extrémités par Ch. Audry.

Femme, 49 ans, sans antécédents pathologiques. Début il y a 13 ans, par l'apparition d'une phlyctène purulente sur le bord de l'ongle du pouce droit. L'affection se comporte comme un panaris. L'ongle tombe ; successivement le médius puis l'index de la même main sont le siège des mêmes lésions. L'index puis le pouce gauche, enfin tous les doigts sauf l'auriculaire droit sont pris de même. Le dernier atteint le fut, il y a 18 mois. Douleurs insupportables pendant toute cette période, irradiées à toute la face interne du bras. Jamais de lymphangites ni d'adénopathies.

Actuellement presque tous les doigts sont terminés par un moignon ratatiné, plus ou moins rouge et squameux. Le pus persiste seulement sur le médius et l'auriculaire droite, où sont demeurés quelques vagues rudiments de substance unguéale épais et irréguliers.

Le traitement par les doigts de caoutchouc et la pommade pyrogallique à 1/30, améliorent beaucoup la malade.

(C. Audry. *Annales de dermat. et de syph.* nov. 1901).

CONCLUSIONS

Le panaris sous-unguéal est plus douloureux, plus long à guérir, entraîne des complications plus fréquentes que les autres variétés de panaris superficiels.

Cette gravité particulière, il la doit exclusivement à la présence de l'ongle qui favorise le développement des germes infectieux et gêne considérablement l'action des moyens thérapeutiques.

Il est donc rationnel de ramener ce panaris aux conditions d'un panaris superficiel quelconque, d'arracher l'ongle. Après quoi les pansements humides auront facilement raison d'une infection devenue presque inoffensive.

Cette opération est d'autant plus indiquée qu'elle est d'une innocuité parfaite, elle n'est suivie d'aucun trouble dans le développement ultérieur de l'ongle. Celui-ci, même quand il repoussera, sera moins souvent déformé qu'à la suite du traitement par l'incision simple, puisque la suppuration de la matrice aura duré moins longtemps.

Vu : le Président de la thèse.
BERGER

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Ancelon. — Du panaris sous-épidermique érysipélateux (paronychia, tourniole) Gaz. hôp. Paris, 1858. XXI, p. 554.

Andral. — Panaris du pouce. Inflammation des gaînes. Suppuration prolongée septicémie. Guérison. France méd. Paris, 1874, XXI.

D'Ambrosio. — Amputazione nella continuita del terzo metacarpio per necrosi e carie in seguito di panereccio. Movimento Napoli, 1880, 2 s. II, 523.

Ch. Audry. — Phlycténoses récidivantes des extrémités. Ann. de derm. et de syph. nov. 1901.

Beck. — Du panaris. th. Paris, 1860.

Bouis. — Dactylite unguéale scrofuleuse chez les enfants. Th. Paris, 1882-83, n° 106.

Burrel. — Qu'est-ce qu'un panaris? Boston Med. Journal, février 1892.

Du Bois Saint-Sevrin. — Panaris des pêcheurs et microbe rouge de la sardine. Ann. Institut Pasteur VIII, 3, 1894.

Brindeau. — La tourniole des nouveau-nés. Obstétrique 1900.

Van Blaeren. — Nécrose des phalanges à la suite des panaris imparfaitement traités. Arch. méd. belges. Brux. 1878.

Catois. — Du panaris. Th. Paris, 1878.

Camps. — Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges. Th. Paris, 1885.

Chevalet. — Thèse Paris, 1875.

Dupont. — Quelques mots sur la tourniole. Arch. méd, belges, 1868.

Dehaut. — Thèse Paris, 1860.

Hau. — Panaris diphtérique. Lyon méd., 1900.

Huguet. — Complications graves de la tourniole Mercredi médical, 26 avril 1893.

Humbert. — Article : Ongle, du Dictionn. encyclopédique des sciences médicales.

Kappeser. — Traitement abortif du panaris. Berlin Klin. Woch. 16 mai 1889.

Mignon. — Panaris infectieux; Bulletin médical. 1890, 27 avril.

Polaillon. — Art. Panaris du Dict. encycl. t. XX, 2e série.

Nicaise. — Du panaris. Gaz. méd. de Paris, 1881.

Pourieux. — Fréquence des fistules à l'anus, des otites et des panaris chez les tuberculeux. Th. 1874.

Prat. — Du panaris. Th. Paris, 1870.

Robert. — Du panaris de la phalangette. Moniteur des hôp. de Paris, 1859.

Routier. — Du panaris sous-unguéal chez les enfants tuberculeux. France méd. 1880.

J. Seitz. — Bacille diphtérique dans un panaris. Correspondenz, Blatt fur Schweizer Aezyte, 1899, n° 21.

Serey. — Du panaris. Th. Paris, 1873.

Schnabel. — Traitement du panaris. Munch. med. Woch. 24 janvier 1893.

Schmitt. — Traitement des panaris, Munch. med. Woch. 1893.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.